REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
ISTITUTO DI RICOVERO E CURA
A CARATTERE SCIENTIFICO
Burlo Garofolo di Trieste
BURLO
DIREZIONE GENERALE
CENTRO ATTIVITÀ FORMATIVE
• tel.+390403785206
e-mail: segreteria.formazione@burlo.trieste.it
pec: OIBurloTS.protgen@certsanita.fvg.it
34137 Trieste, via dell'Istria 65/1

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

(art. 47 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

[*Dichiarazione sul conflitto di interessi da parte del docente e/o altre figure*]

Ai sensi del paragrafo 3.3 sul conflitto di interessi, allegato n. 2.3.3 dell'Accordo Stato - Regioni del 19 aprile 2012 e della vigente disciplina regionale in materia, il/la sottoscritto/a Andrea Gulli
nato/a (*comune*) (*prov.*) il 1 e residente a (*via/piazza, numero civico, comune, prov., CAP*)
sotto la propria responsabilità e consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci comunque non corrispondenti al vero è punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia, in conformità a quanto stabilito dall'art. 48, comma 25, del D.L. n. 269/2003 convertito nella L. n. 326/2003, nella qualità di:

responsabile scientifico docente docente sostituto tutor

nell'evento formativo codice **IRCBG_22086_"A.BA.CO",** organizzato dal provider I.R.C.C.S materno infantile Burlo Garofolo di Trieste.

DICHIARO

di non avere relazioni di coniugio o assimilate (ad es convivenza more uxorio), parentela o affinità sino al secondo grado, con direttori di vertice (direttore generale, scientifico, amministrativo, sanitario, di dipartimento) o componenti di organi e/od organismi istituzionali dell'IRCCS Burlo Garofolo.

la presenza di conflitto di interessi (In caso di assenza di conflitto non compilare ma solo firmare) relativamente alle docenze/relazioni/attività da me tenute nell'evento formativo indicato, in quanto ho avuto negli ultimi 2 anni, con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario, i seguenti rapporti:

1
2
3
4

IL/LA DICHIARANTE
(F

Autentica della firma

Attesto che il/la dichiarante, identificato/a in base a ..... rilasciato da ..... il .....ha reso e sottoscritto in mia presenza la su estesa dichiarazione

Luogo e data ..... **Il funzionario incaricato**.....

Oppure, in luogo dell'autentica di firma, allegare fotocopia di valido documento d'identità.

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 (così come modificato dal D.Lgs. 7 marzo 2005 n. 82) le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà da produrre agli organi di amministrazione pubblica o ai gestori o esercenti di pubblici servizi sono sottoscritte